

F215 Fax-Anforderungsformular Zytostatika



Praxisstempel:

Per Fax an 07941 95 77 98 99

Platz für Bestätigung der Apotheke

An
 Die Hirschapotheke Dr. Peter Müller e.K.
 Sterilherstellung
 Marktplatz 3
 D – 74613 Öhringen
 Tel.: 07941 95779898
 Fax: 07941 95779899
 Email: onkologie@diehirschapotheke.de

| | | |
|-------------------------------|---------|--------------|
| Patient (Name, Vorname, geb.) | Adresse | Versicherung |
|-------------------------------|---------|--------------|

| Diagnose | Therapieschema | Zykl. Nr. | Tag | Körpergewicht [kg] | Körpergröße [cm] | Körperoberfläche [m ²] | Serumcreatinin [mg/dL] | Diabetiker | Blutbild |
|----------|----------------|-----------|-----|--------------------|------------------|------------------------------------|------------------------|--|---|
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Hb [g/dL] Leukos [/nL] Thrombos [/nL] |

| Applikationsdatum | Uhrzeit | Arzneimittel (Wirkstoff) | Dosierung [mg/m ²] bzw. absolut bzw. nach AUC | Dosis [mg] | Applikationsweg (z.B. i.v. Infusion i.v. Bolus s.c.,...) | Trägerlösung | Endvolumen [mL] | Appl.-Dauer |
|-------------------|---------|--------------------------|---|------------|--|--------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Datum _____ Unterschrift verantwortl. Arzt _____ Name d. Arztes (leserlich) _____ Bemerkung(en) _____